

DISSERTATION

N° 152.

SUR

LA PLEURÉSIE AIGÜE;

THÈSE

*Présentée et soutenue à la Faculté de Médecine de Paris,
le 25 juin 1833, pour obtenir le grade de Docteur en
médecine ;*

PAR L.-V. CARLIER, né à Housset,

Département de l'Aisne.

De morbis pulmonum, etiam si in arte peritus sis,
vel censearis, noli cum jactantiâ de illis disserere, vel
facilem promittere curationem.

BAGLIVI.

A PARIS,

DE L'IMPRIMERIE DE DIDOT LE JEUNE,

Imprimeur de la Faculté de Médecine, rue des Maçons-Sorbonne, n°. 13.

1833.

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS.

Professeurs.

M. ORFILA, Doyen.	MM.
Anatomie.....	CRUVEILHIER.
Physiologie.....	BÉRARD.
Chimie médicale.....	ORFILA.
Physique médicale.....	PELLETAN.
Histoire naturelle médicale.....	RICHARD.
Pharmacologie.....	DEYEUX, Suppléant.
Hygiène.....	DES GENETTES.
Pathologie chirurgicale.....	{ MARJOLIN, Examinateur.
Pathologie médicale.....	{ DUMÉRIL.
Pathologie et thérapeutique générales.....	{ ANDRAL, Président.
Opérations et appareils.....	{ BROUSSAIS.
Thérapeutique et matière médicale.....	{ RICHERAND, Examinateur.
Médecine légale.....	{ ALIBERT.
Accouchemens, maladies des femmes en couches et des enfans nouveau-nés.....	{ ADELON.
	{ MOREAU, Examinateur.
Clinique médicale.....	{ FOUQUIER.
	{ BOUILLAUD.
	{ CHOMEL.
	{ BOYER.
Clinique chirurgicale.....	{ JULES CLOQUET.
	{ DUPUYTREN.
	{ ROUX.
Clinique d'accouchemens.....	

Professeurs honoraires.

MM. DE JUSSIEU, LALLEMENT, DUBOIS.

Agrégés en exercice.

MM.	MM.
BAYLE.	HATIN.
BÉRARD (Auguste).	HOUEMANN.
BLANDIN.	JOBERT.
BOYER (Philippe), Examinateur.	LAUGIER.
BRIQUET, Examinateur.	LESUEUR.
BRONGNIART.	MARTIN SOLON.
BROUSSAIS (Casimir).	PIOREY.
COTTEREAU.	REQUIN.
DALMAS.	SANSON (ainé), Suppléant.
DUBLED.	SANSON (Alphonse).
GOÉHARD.	ROYER-COLLARD.
	TROUSSEAU.

Par délibération du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, qu'elle n'entend leur donner ni approbation, ni improbation.

AUX MANES

DE MON PÈRE

ET

DE MA MÈRE.

Tribut de respect et d'amour filial.

A MA SŒUR BIEN AIMÉE.

A MONSIEUR ANDRAL,

Professeur à la Faculté de médecine, Médecin en chef de la Pitié;
Membre de l'Académie; Médecin du Roi, etc.

Souvenir inaltérable de l'intérêt dont il a eu la bonté de m'honorer.

L.-V. CARLIER.

Digitized by the Internet Archive
in 2025

DISSERTATION

SUR

LA PLEURÉSIE AIGÜE.

La pleurésie aiguë vient de *πλευριτις*, terme qui, dans les écrits d'*Hippocrate*, exprime toute espèce de douleur, et surtout celle qui est aiguë et accompagnée de fièvre. Cette affection a reçu en outre différens noms : *phlegmone membranæ costas succingentis* P. ALPINI ; *passio pleuritica* COELII AURELIANI ; *pleura furens* HELMONTII ; *pérripneumo-pleuritis* de TRILLER ; *fièvre pleurétique* de FRÉD. HOFFMANN.

La différence des définitions ci-dessus indiquées dénote l'incertitude éternelle dans laquelle la médecine est restée sur le siège et les caractères propres de cette inflammation. De fréquentes discussions se sont élevées à ce sujet : les uns la plaçaient dans la plèvre, les autres dans les poumons, et quelques-uns simultanément dans la plèvre et les poumons ; elles paraissaient même interminables, lorsque les travaux de M. Pinel y mirent fin. Depuis cette époque, son judicieux ouvrage sur les inflammations des membranes séreuses fixa l'opinion des pathologistes, qui regardent depuis lors cette maladie comme une phlegmasie de la plèvre. C'est une membrane séreuse qui tapisse

la surface interne de la cavité thoracique , et se réfléchit sur les organes pulmonaires qu'elle enveloppe de toutes parts.

Cette maladie est donc de la nature des phlegmasies des membranes séreuses. Elle peut être partielle ou générale , occuper une plèvre seule ou toutes les deux à la fois. Assez souvent elle est bornée à une portion de l'une d'elles ; mais le plus ordinairement elle apparaît accompagnée de phénomènes généraux variés, ou compliquée avec d'autres affections , dont elle est parfois la conséquence. Elle peut être latente.

Je n'entreprendrai pas l'examen critique de l'opinion des praticiens célèbres dont j'ai avancé les noms ; tel n'est pas mon but. Si l'incertitude, l'ignorance même sur la nature et le siège de cette phlegmasie s'est perpétuée jusqu'à une époque très-rapprochée de nous, cela tient sans doute aux préjugés religieux, qui, exerçant sur l'homme un empire puissant et funeste, s'opposaient à la libre culture de l'anatomie pathologique. L'histoire nous apprend que *Vanhelmont*, ce célèbre ennemi des émissions sanguines, a succombé lui-même à un épanchement dans la plèvre, suite d'une pleurésie qu'il avait refusé de combattre par la saignée, la regardant comme un remède mortel dans cette maladie. Cette ignorance, du reste, devait, selon moi, être peu préjudiciable pour les malades ; car, dans la phlegmasie soit de la plèvre, soit du parenchyme pulmonaire, la méthode curative est à peu près la même ; mais aujourd'hui la médecine a la satisfaction de suivre en quelque sorte de l'œil la marche, les progrès et la disparition de la maladie. Quoi qu'il en soit, nous devons beaucoup à nos maîtres habiles ; leurs travaux opiniâtres à la recherche des lésions organiques, leurs expériences minutieuses, leur ont bien mérité de la science ; ils ont fait faire un grand pas à la médecine, et nous ont facilité son étude, en la rendant plus simple et en la dépouillant de bien des préjugés.

La pleurésie aiguë, considérée dans son état de simplicité, est celle que je vais décrire ; elle est assez commune, et c'est pour cette raison que je l'ai choisie, préférant m'occuper particulièrement d'une

maladie qui se présentera souvent dans ma pratique , que d'en esquisser une dont l'observation ne me sera offerte que quelquefois dans le cours de ma vie.

Étiologie.

Parmi les causes qu'on assigne à la pleurésie , les unes appartiennent à toutes les inflammations , particulièrement à la pneumonie et au catarrhe ; les autres ont une action spéciale sur la plèvre. Ces causes consistent dans tous les agens qui peuvent exalter les propriétés vitales de la plèvre , déterminer dans ses vaisseaux l'affluence du sang en trop grande quantité , ou d'une humeur quelconque , et enflammer son tissu.

Prédisposition. Si l'obésité, l'embonpoint semblent mettre l'homme à l'abri de la pleurésie , la maigreur , l'émaciation , au contraire , l'y prédisposent , ainsi que le tempérament sanguin et nerveux. Elle se rencontre fréquemment chez les personnes sujettes au catarrhe , à la pneumonie , et chez celles dont la conformation de la poitrine annonce la phthisie pulmonaire. Quoique tous les âges soient susceptibles d'être pris de pleurésie , on la voit moins souvent affecter les enfans et les vieillards que les adultes. Les époques les plus favorables au développement de cette phlogose sont l'adolescence et la jeunesse ; les hommes y sont aussi plus sujets que les femmes. Certaines professions rendent ceux qui les cultivent plus aptes à la contracter : tels sont les boulangers, les forgerons, les cuisiniers, les fondeurs de verroteries, etc. , et cela par l'atmosphère brûlante dans laquelle ils vivent, et les transitions subites du chaud au froid auxquelles ils sont exposés. Il en est de même de ceux qui passent d'un lieu chaud et sec dans un endroit froid et humide, tels que les marchands de vins, qui descendent dans les caves la poitrine presque nue pendant l'été, et quelquefois inondés de sueurs ; les glaciers, les vidangeurs , les cureurs de puits et d'égouts. L'usage abusif des liqueurs fortes après des marches forcées, chez le militaire , qui est obligé de bivouaquer dans des endroits humides

et froids; la grossesse, l'accouchement récent prédisposent à cette affection, ainsi que les climats froids dans les temps secs et variables, le printemps, l'hiver et les lieux exposés aux vents du nord ou d'est. Enfin, on range parmi les causes prédisposantes la pléthore, l'irritabilité extraordinaire, la disposition générale à l'inflammation, résultat de la suppression d'évacuations sanguines habituelles; les excès de table, la convalescence et l'excès de précautions hygiéniques pour conserver la santé.

Détermination. La pleurésie reconnaît pour causes déterminantes un certain nombre de lésions organiques du poumon. Son inflammation produit presque toujours celle de la plèvre; car il est beaucoup plus rare de trouver des pneumonies sans pleurésie que des pleurésies sans pneumonie. Les tubercules pulmonaires encore crus, après avoir déterminé la phlogose partielle de cette membrane, favorisent ces adhérences presque toujours constantes chez le phthisique; ceux qui se sont développés immédiatement sous la plèvre et se terminent par épanchement; des solutions de continuité du poumon à sa face extérieure, la rupture de quelques-uns des conduits de la poitrine, la gangrène, l'épanchement sanguin qui constitue l'apoplexie pulmonaire de *Laennec*; les chutes sur la cavité thoracique, les percussions, les contusions, quelle qu'en soit la cause; les efforts violents qui suspendent la respiration; les quintes de toux violentes et opiniâtres, et les plaies pénétrantes de la poitrine. J'admettrai encore comme cause qui détermine assez souvent cette phlogose l'amputation d'un membre affecté de tumeurs blanches; elle peut être aussi la suite de la suppression d'une hémorrhagie, de la métastase de la goutte, du rhumatisme, de la répercussion d'un érysipèle, ou de quelque autre exanthème aigu ou chronique. On l'a encore vue survenir après l'ablation d'un sein cancéreux, la fracture des côtes et l'introduction de l'air.

La pleurésie peut être sporadique, épidémique, comme le cite *Morgagni*, et endémique dans les lieux exposés aux vents du nord

ou d'est , et dans les climats sujets aux vicissitudes de l'atmosphère.

Symptômes.

Les symptômes généraux de la pleurésie sont la douleur de côté , la dyspnée , une toux sèche , une fièvre plus ou moins forte , un son obscur du côté affecté , l'égophonie , la respiration bronchique , puis l'absence du bruit respiratoire , et quelquefois l'augmentation de volume du côté malade.

Le début de la pleurésie est souvent précédé de plusieurs jours par quelques signes avant-coureurs. Quand ils existent, ils consistent dans un sentiment de malaise, d'inaptitude aux fonctions ordinaires; la sensibilité au froid est surtout remarquable; des douleurs vagues se font sentir dans les membres; on éprouve des lassitudes; la tristesse, l'accablement, des horripilations surviennent, puis une chaleur incommode, qui augmente par degrés, et enfin la douleur de côté.

Si l'invasion de la maladie est brusque, elle a lieu par un frisson plus ou moins intense, suivi de chaleur, à laquelle succède, pour l'ordinaire, dans un des côtés de la poitrine, une douleur aiguë, tensive, poignante; quelquefois cette douleur précède le frisson, mais elle augmente toujours dans les efforts inspiratoires.

Cette douleur de côté est un des signes qui caractérisent le mieux la phlogose de la plèvre; elle offre des différences nombreuses par rapport à son siège, son intensité et sa durée; elle occupe presque toujours le voisinage du mamelon, et ne s'y fait sentir que dans un point très-borné, bien que l'inflammation ait gagné toute l'étendue de la plèvre. Quoique l'endroit du sein soit en quelque sorte son point d'élection, on la voit de temps en temps se fixer soit dans le creux de l'aisselle et sous l'une ou l'autre clavicule, soit le long du sternum et dans les fosses sus et sous-épineuses du scapulum; d'autres fois elle envahit tout un côté du thorax, latéralement, depuis le creux de l'aisselle jusqu'aux dernières côtes, en avant, depuis la cla-

vicule jusqu'à la base de la poitrine. Quand elle occupe le rebord cartilagineux des fausses-côtes, elle s'étend tantôt à l'un ou l'autre hypochondre, tantôt à l'épigastre, de telle manière qu'elle peut simuler une affection abdominale.

Ce n'est pas assez de savoir que la douleur soit instable; nous apprenons par le témoignage du malade qu'elle a divers degrés d'intensité : c'est sur elle qu'il appelle spécialement l'attention du médecin, et c'est elle dont il se plaint davantage. Elle augmente par la toux, par la percussion, par la pression la plus légère entre deux côtes, par l'inspiration, par le décubitus sur le côté affecté et par les divers mouvemens du tronc. La douleur apparaît ordinairement au début de la maladie; elle peut être vague, fugitive, et ne devient fixe et continue qu'au bout de plusieurs jours : dans ce cas, elle est souvent prise pour une douleur rhumatismale. On peut s'y tromper; en effet, il n'est pas toujours facile de distinguer la douleur qui a son siège dans les muscles pectoraux, de celle qui provient de la phlogose pleurétique. Une musculite pectorale peut exister avec fièvre et dyspnée, de même qu'une pleurésie peut se montrer sans gêne de la respiration et sans accélération du pouls; l'ensemble des symptômes fait déterminer alors le diagnostic.

La douleur, chez quelques malades, est très-vive, pongitive; ils la comparent à un trait qui s'enfonce d'autant plus que la poitrine se dilate davantage; elle devient déchirante dans la toux et l'éternuement. Ils la redoutent singulièrement; ils ne font que de courtes inspirations, de crainte de la répéter, et leur anxiété devient extrême. Chez d'autres individus, cette douleur est modérée; ils ne l'éprouvent que dans de profondes inspirations; elle est à peine accrue par la pression et la percussion.

Cette douleur enfin, dans plusieurs pleurésies avec ou sans épanchement, ne se fait nullement remarquer soit au début de la phlogose, soit pendant son cours. On observe quelquefois le même phénomène dans l'inflammation du péricarde et du péritoine.

Cette douleur enfin, que nous avons observée plus ou moins

forte , ne conserve pas toujours son caractère ; elle diminue ordinairement d'intensité , si elle a été vive dans les premiers temps. Elle est ou non continue ; tantôt elle cesse pendant le jour et ne se reproduit que le soir dans le paroxysme ; quelquefois elle disparaît complètement , puis se montre de nouveau avec une grande violence. Cette récrudescence inflammatoire n'est pas de bon augure.

La douleur de côté est , dit-on , plus fréquente du côté droit ; je penche volontiers pour cette opinion ; car les pleurétiques qui , dans la campagne , ont réclamé les soins de mon père et les miens , nous ont offert cette particularité.

La respiration ne pouvait manquer de frapper l'observateur : il l'a remarquée plus ou moins laborieuse ; elle est courte , fréquente , et même saccadée , et cela en raison du degré de l'inflammation. La dyspnée est en proportion directe de la quantité du fluide épanché. Cependant cette règle a des exceptions , car l'observation fournit l'exemple d'individus dont la respiration ne paraissait nullement les gêner , bien qu'une des plèvres renfermât un épanchement considérable , qui avait dilaté le côté du thorax où il existait. M. le professeur *Andral* rapporte plusieurs observations de ce genre dans son excellente Clinique médicale. Ceux qui les ont fournies obtinrent une guérison complète ; mais ils ne doivent pas inspirer une grande sécurité , car il est démontré par les faits que ceux dont un des poumons est imperméable à l'air finissent , au bout d'un temps plus ou moins long , par maigrir , éprouver un état de langueur dans toutes les fonctions vitales , et succomber en raison sans doute du défaut d'hématose , si l'épanchement ne se résorbe pas peu à peu.

La respiration , sous le rapport de la liberté de son exercice , donne lieu à trois variétés dans les pleurésies avec un épanchement égal sous le rapport de la quantité et de la qualité du liquide. Chez l'un , la dyspnée ne cesse pas d'être considérable depuis le commencement de la phlogose jusqu'à la terminaison ; chez l'autre , la respiration est courte , gênée , puis elle devient facile , et enfin nulle long-temps avant la résorption de l'épanchement ; chez quelques-uns enfin , la

respiration s'exécute librement dès le début , comme pendant le cours de l'affection.

Si l'on examine le thorax dans ses mouvemens d'inspiration et d'expiration , on aperçoit quelquefois une différence sensible entre les mouvemens respiratoires du côté droit ou gauche de la poitrine. Ils sont moins étendus du côté de l'épanchement ; mais cette remarque ne peut se faire si l'épanchement est double. Dans la pleurésie costopulmonaire , le diaphragme entretient la respiration ; dans la pleurésie diaphragmatique , au contraire , le muscle étant devenu impuissant , la respiration se fait par les muscles de la poitrine.

La toux a quelque chose de spécial et de caractéristique ; elle a lieu malgré les efforts du malade , qui cherche à la comprimer ; il ne cède que malgré lui au besoin de tousser ; elle n'a jamais lieu par quintes ; elle est petite , plus ou moins fréquente ; quelquefois elle manque totalement , parce que la muqueuse bronchique n'est pas toujours disposée à s'irriter sympathiquement ; elle est sèche ou accompagnée d'expectoration catarrhale peu abondante , pituiteuse , ou formée de mucosités incolores , et offrant parfois des stries de sang dans les grands efforts de toux.

A ces phénomènes se joint une fièvre dont l'intensité est subordonnée à celle de l'inflammation ; le pouls est vif , fréquent et dur , quelquefois plus marqué au bras du côté malade ; d'autres fois il est petit et concentré. La fièvre est continue avec des paroxysmes très-marqués le soir , qui se prolongent dans la nuit , et parfois jusque vers le matin , en devenant de jour en jour plus intenses.

La soif est grande , vive ; la langue sèche , blanche ou rougeâtre ; l'appétit est nul ; le visage est rouge , les pommettes sont colorées , surtout du côté souffrant ; il y a sécheresse à la peau , et la chaleur est générale. L'urine est colorée en rouge , et moins abondante que dans l'état de santé , quoique le malade boive bien davantage. Le sommeil est souvent nul ou accompagné de rêvasseries ; les facultés intellectuelles se conservent ; mais elles sont quelquefois dérangées par un délire qui est momentané ou qui dure plusieurs jours.

Le décubitus sur le côté pleurétisé a été regardé comme un signe pathognomonique de l'épanchement ; mais ce symptôme est loin de mériter l'importance qu'on lui avait attribuée. Ne voit-on pas tous les jours des pleurétiques se coucher indistinctement sur le dos ou sur l'un ou l'autre côté ? Le décubitus horizontal a lieu dans la majeure partie des cas ; on ne peut nier néanmoins qu'un certain nombre de malades ont une tendance très-sensible à s'incliner du côté phlogosé. Lorsque le décubitus a lieu sur le côté où existe l'épanchement, la douleur a disparu, et l'épanchement a acquis un grand volume ; il est impossible, au contraire, sur le côté opposé à celui de l'épanchement, tant que la fièvre et la dyspnée existent, et cela probablement à cause du tiraillement d'une plèvre par l'autre.

Dans la pleurésie diaphragmatique, le décubitus horizontal est impossible ; le malade se tient assis sur son séant, et il incline même plus ou moins le tronc, pour éprouver, par cette position, un soulagement dans ses souffrances. M. *Andral* (Clinique médicale, t. II) cite trois observations de ce genre.

Les signes que je viens de passer en revue sont loin de caractériser la pleurésie. Leur réunion peut donner naissance à une probabilité grande, qui approche de la certitude ; mais aucun d'eux, pris isolément, ne peut être considéré comme pathognomonique. Ces signes, dans quelques cas, n'existent que quelques jours ; puis ils disparaissent, et le malade marche vers la guérison. Alors, le son que l'on obtient par la percussion conserve son type normal, et l'auscultation ne laisse apprécier aucune diminution notable dans le bruit d'expansion pulmonaire. Mais il n'en est pas toujours ainsi : deux ou trois jours après l'apparition des symptômes, quelquefois même quelques heures après l'invasion de la maladie, un épanchement plus ou moins considérable s'opère, la percussion donne le son pathologique ; elle annonce que la poitrine a perdu de sa sonorité (ce qui n'arrive jamais dans la pneumonie). Du côté sain, le son est pulmonal ; il est obscur ou mat du côté affecté, selon l'étendue et la quantité du liquide épanché. Le son mat annonce toujours un épanchement considérable. Il se fait

entendre d'abord dans la partie inférieure du côté où il existe , puis il en occupe toute l'étendue , depuis la fosse sus-épineuse et la clavicule jusqu'à la base du thorax.

Si la collection du liquide s'est faite dans les deux côtés de la poitrine , le son a perdu de sa sonorité d'un côté comme de l'autre. C'est surtout dans cette circonstance que la percussion perd tout le fruit qu'on pouvait en attendre ; car il est des personnes dont la poitrine percutée rend beaucoup moins de son que chez d'autres , ce que prouve l'expérience.

Lorsque l'épanchement est circonscrit, la matité n'existe que dans l'étendue de la collection ; particularité qui a été offerte récemment chez une jeune fille âgée de dix-sept ans. Le son mat ne s'est fait entendre que dans le tiers inférieur du poumon droit. *M. Laennec* dit en avoir rencontré de très-circonscrits vers le sommet du poumon, où il ne recueillit que deux ou trois cuillerées de liquide.

Pour établir le diagnostic de la pleurésie , doit-on se reposer entièrement sur la percussion ? C'est un moyen précieux qui nous mène à la découverte de la maladie , qui précise assez bien le niveau , l'étendue de l'épanchement ; mais on ne doit pas toujours y avoir une pleine confiance. Nous avons déjà observé que dans la pleurésie double , la diminution de la sonorité peut être considérée comme un état physiologique. Certaines pleurésies interlobulaires et médiastines infirment d'une manière particulière ce moyen d'investigation , et parfois l'anéantissent , puisque souvent dans ces espèces de pleurésies la poitrine percutée donne un son clair comme dans l'état normal. (*M. Andral* , Clin. méd. , obs. 23, 24, 25.)

Il ne faut pas oublier aussi que la douleur rend quelquefois la percussion impraticable.

L'auscultation médiate ou immédiate donne des moyens de diagnostic plus variés et plus précis que ceux que fournit la percussion : elle fait reconnaître plus sûrement non-seulement l'existence de l'épanchement pleurétique , mais encore son abondance variable.

Dans les premiers jours de la maladie , malgré l'intensité de la dou-

leur, s'il n'y a pas encore eu formation de liquide épanché, on entend, du côté où se fait sentir la douleur, le bruit respiratoire plus faible que celui du côté opposé; le côté affecté présente aussi une dilatation moins forte dans les mouvemens respiratoires. Cette inégalité de la dilatation thoracique tient aux précautions que prend instinctivement le malade, afin de diminuer l'acuité de la douleur, en s'opposant à la libre entrée de l'air dans le poumon où est le siège de ses souffrances. Nous avons remarqué que la percussion, quand elle est praticable, ne présente pas de différence dans le son de chaque côté.

A mesure que l'épanchement se forme et augmente, le bruit respiratoire acquiert une faiblesse graduée, tandis que du côté sain il acquiert une force plus grande que dans l'état physiologique. Cette particularité est due probablement à l'activité plus grande qu'il maintient, pour suppléer, autant que possible, au défaut de vitalité dans lequel tombe le poumon où réside la maladie. L'épanchement peut être déjà assez considérable, que le bruit respiratoire continue à se faire entendre, mais d'une manière bien faible. M. *Andral* dit l'avoir entendu d'une manière très-distincte dans un cas où la plèvre contenait un demi-litre de liquide. M. *Laennec* dit aussi avoir observé la même transmission du bruit respiratoire à travers un épanchement aériforme assez considérable, chez un individu que M. *Cayol* lui avait fait voir. Dans ce cas, on pouvait croire à la non-existence de l'épanchement. Pour éviter cette méprise, il faut écouter le bruit respiratoire dans toute l'étendue du côté souffrant, et l'on voit qu'il devient d'autant plus intense que l'on se rapproche du côté sain.

Lorsque la collection pleurétique est très-abondante dès les premiers instans de sa formation, le bruit respiratoire est nul; on ne l'entend plus, si ce n'est le long de la colonne vertébrale, dans l'espace de trois doigts environ; mais il a une force bien moindre que celle du côté opposé. Cette absence totale du bruit respiratoire est un signe pathognomonique de la pleurésie avec épanchement, bien que la douleur pleurétique n'existe pas. L'on peut dans cette circon-

stance avancer *à priori* l'existence de l'épanchement ; car , dans la pneumonie , l'absence du bruit respiratoire a lieu d'une manière graduée , et elle est toujours précédée par l'apparition du râle crépitant qui caractérise l'affection. Dans la pleurésie , au contraire , avec épanchement abondant , l'absence du bruit respiratoire est subite , égale , uniforme et complète. Si , dans cet épanchement abondant et formé tout à coup le bruit de la respiration parvient encore à l'oreille immédiatement sous la clavicule , dans ce cas , le sommet du poulmon adhère à la plèvre costale. Remarquons en outre que dans cette formation prompte de l'épanchement , celui-ci n'est jamais aussi considérable que celui des pleurésies chroniques.

Un épanchement considérable peut encore avoir lieu , et la respiration se faire entendre. Cette anomalie dépend de la position variable que peut prendre le poulmon refoulé par le liquide. Dans la majeure partie des cas , le poulmon est refoulé dans sa totalité vers le rachis , et la respiration cesse de se faire entendre progressivement de bas en haut et d'avant en arrière. Quelquefois le poulmon , au lieu d'être resserré contre la colonne vertébrale , est repoussé directement d'avant en arrière , de telle sorte qu'il se trouve accolé sur les côtes ; dans ce cas , la respiration en arrière est encore perceptible , tandis qu'en avant il est impossible de l'entendre. Des adhérences peuvent retenir le lobe inférieur du poulmon dans sa position respective ; le liquide alors est obligé de comprimer le lobe supérieur : celui-ci cesse de rester perméable à l'air ; l'inférieur continuant de présenter les phénomènes de la respiration , peut faire méconnaître la nature de la maladie.

Si , pendant que l'oreille est appliquée sur le siège de l'épanchement , l'on fait parler le malade , la voix , qui , pour les assistants , reste toujours la même , offre au médecin un changement notable ; elle est tremblotante , saccadée comme celle de la chèvre ; de là le nom d'*égophonie* que lui a donné *Laennec* , terme générique sous lequel il comprenait les modifications susceptibles d'arriver. Lorsqu'elle a

lieu dans un point voisin d'un gros tronc bronchique , vers la racine du poumon , il s'y joint un retentissement remarquable , qui , sous l'influence de leur réunion, lui donne la résonnance de celle que détermine un jeton placé entre les dents et les lèvres de l'homme qui parle , ou celle du bredouillement qui constitue le langage du *Polichinelle*. Souvent ces diverses nuances de l'égophonie n'existent que par intervalles , et ne se remarquent que dans la prononciation de certains mots. Cette variété de la résonnance de la voix pourrait induire en erreur , en faisant regarder comme un effet pathologique un phénomène de l'état de santé. On évite l'erreur en ne prononçant jamais qu'il y a ou non égophonie avant d'avoir entendu la voix du côté sain.

L'égophonie indique constamment un épanchement d'une médiocre abondance. Elle paraît vers l'époque où l'épanchement commence à devenir un peu notable , où le son est mat et la respiration moins sensible dans le côté affecté. Elle se fait entendre particulièrement entre le rachis , le scapulum , au pourtour de cet os , et dans une zone de deux à trois pouces de large , étendue entre le scapulum et la mamelle. Elle peut persister long-temps , quand l'épanchement reste stationnaire. Quand elle existe dans toute ou presque toute l'étendue d'un côté de la poitrine , on peut avancer que l'épanchement est médiocre et uniformément répandu sur toute la surface du poumon : elle ne manque jamais à l'apparition d'une première pleurésie ; les anciennes adhérences du poumon seules s'opposent à son existence. Elle reparait , quand la maladie marche rapidement , lorsque l'épanchement diminue ; et elle est d'autant plus marquée qu'il a duré moins long-temps. M. *Andral*, dans sa Clinique médicale, en a noté quatre observations , 5, 7, 15, 16. Elle reconnaît pour cause principale la demi-compression des bronches. Cependant M. *Andral* dit l'avoir observée dans un cas où un épanchement énorme existait dans la plèvre (Clinique méd., t. XI, Obs. 29). On entendait en même temps la respiration bronchique à un haut degré. Dans ce cas exceptionnel, le poumon devait éprouver une com-

pression extrême ; et l'air , ne pouvant plus pénétrer au-delà des grosses bronches , donnait lieu d'une part à la respiration bronchique , et de l'autre à une résonnance particulière de la voix , qui spécifie l'égophonie. Ce dernier ne peut donc toujours être regardé comme un signe certain, pathognomonique de l'épanchement de la plèvre. Néanmoins , si en même temps que le son est un peu mat , et qu'il y a égophonie , on entend le bruit naturel de l'expansion pulmonaire , sans mélange d'aucun râle crépitant , mais seulement plus faible que du côté opposé , on peut être certain qu'il y a épanchement.

L'auscultation fournit encore un signe non moins certain que l'égophonie ; je veux parler de la respiration bronchique ; elle existe chez tous les individus qui ont présenté l'égophonie. Le malade semble respirer par le tube du stéthoscope. Ce phénomène est dû à la condensation mécanique du tissu pulmonaire , que comprime l'épanchement pleurétique. Elle peut se manifester toutes les fois que l'air ne peut pénétrer au-delà des bronches ; la preuve en est , c'est qu'elle s'observe aussi dans la pneumonie , où l'hépatisation du tissu pulmonaire s'oppose à l'introduction de l'air dans les vésicules. Elle se fait entendre surtout là où l'égophonie est manifeste ; elle est d'autant plus marquée que le malade respire plus vite.

Quelquefois l'épanchement pleurétique s'annonce par la dilatation du côté du thorax qui en est le siège ; cet agrandissement est sensible à la simple vue, pour peu que le côté malade offre plus d'étendue que le côté affecté. Cette remarque a été faite par tous les auteurs qui ont traité de l'empyème. Cette observation peut avoir lieu dans les épanchemens pleurétiques même récents. M. *Laennec* assure l'avoir remarquée après deux jours de maladie. Elle est plus apparente chez les sujets maigres que chez ceux qui ont beaucoup d'embonpoint ; elle l'est fort peu chez les femmes dont le sein est volumineux. Quand la dilatation est grande , les espaces intercostaux sont fortement bombés et dépassent le niveau des côtes. La fluctuation alors se fait quelquefois sentir à travers les muscles. C'est surtout d'après l'exis-

tence de ces symptômes que les anciens chirurgiens se décidaient à faire l'opération de l'empyème. Aucun doute ne pouvait être élevé sur la nature de la maladie, puisque la simple hépatisation ne peut les produire.

Ce phénomène de la dilatation est loin d'être constant; pour s'en assurer, l'on a recours au moyen suivant : on mesure comparativement l'un et l'autre côté du thorax avec un ruban, dont on fixe une des extrémités sur une apophyse épineuse, et l'extrémité opposée sur le milieu du sternum.

Le sang tiré de la veine a aussi son caractère : il a beaucoup de retrait, et présente un caillot qui flotte au milieu du sérum; sa face supérieure est recouverte d'une couenne épaisse, grise, blanchâtre, plus ou moins coriace, et quelquefois assez ferme pour être enlevée avec le caillot du milieu du liquide, ce que j'ai observé bien des fois dans les hôpitaux. Les cas où cette couenne inflammatoire vient à manquer semblent faire exception à cette règle très-générale.

Après les signes que je viens d'énumérer, je dois mentionner l'application de la main sur les parois de la poitrine. Ce procédé explorateur est d'une grande valeur; M. *Andral* en a vérifié l'exactitude avec M. *Reynaud*, qui le premier en a donné connaissance. Il n'exige pas que le malade soit assis ou découvert. La main est appliquée sur les parois de la poitrine, et ressent, quand le malade parle, l'absence ou l'existence des vibrations thoraciques. L'absence des vibrations est un indice certain d'un épanchement pleurétique; si elle n'a lieu que d'un côté de la poitrine, c'est de ce côté qu'existe l'épanchement. En tenant compte du lieu et de l'espace dans lesquels manque le frémissement pectoral, on peut reconnaître le côté de la poitrine où existe le liquide épanché, et la hauteur à laquelle il s'élève, et même reconnaître son niveau. Pour reconnaître si l'absence des vibrations thoraciques provient de l'épanchement pleurétique et non de l'hépatisation du poumon, on a recours à l'auscultation, qui constate la présence de l'égophonie et l'absence du râle crépitant et de la bronchophonie. M. *Reynaud* a observé aussi que, dans la pleurésie, le bruit de frotte-

ment ascendant et descendant est le signe de la pleurésie sans épanchement.

La maladie une fois établie, elle est caractérisée par l'un de ses trois principaux degrés d'intensité, selon qu'elle est sans épanchement, avec un épanchement médiocre et avec un épanchement considérable. Quelle que soit l'une de ces modifications qu'elle prenne, elle présente dans son cours des redoublemens qui ont lieu le soir, mais sans frisson. Alors le teint s'anime, le pouls est plus dur, plus accéléré, la toux plus fréquente, la respiration plus gênée et la douleur de côté plus aiguë. C'est alors aussi que les parois du thorax sont plus sensibles à la pression et à la percussion; la rémission, souvent incomplète, est ensuite accompagnée de sueur; mais à mesure que l'inflammation diminue, les rémissions se caractérisent davantage, ce qui est de bon augure. Si la rémission est complète au deuxième accès, on peut croire avoir affaire à la fièvre nerveuse pleurétique dont parle *Casimir Medicus* dans son *Traité des affections nerveuses*. La pleurésie dont je viens de décrire les symptômes est la plus commune; aussi lui donnerai-je le nom de *pleurésie générale*, par opposition aux pleurésies partielles, qui se présentent moins souvent, ainsi que la pleurésie double, à laquelle on peut donner la dénomination de *pleurésie générale*; mais comme on l'observe peu, je la fais entrer dans la catégorie des modifications de la phlegmasie de la plèvre.

Variétés.

Pleurésie double. On donne ce nom à l'inflammation simultanée des deux plèvres. Elle diffère de celle qui est bornée à un des côtés de la poitrine par une dyspnée plus considérable. Le point pleurétique existe à droite et à gauche simultanément, ou bien il n'existe que d'un côté, et quelquefois il n'apparaît pas. L'inspection de la poitrine ne donne aucun résultat que partage souvent la percussion. Son début n'est, dans un certain nombre de cas, marqué que par une douleur pongitive, circonscrite; elle peut produire rapidement la mort, avant

qu'aucun épanchement n'ait lieu, par le seul fait de son étendue et de la suffocation qu'elle produit. Quand l'épanchement se fait, s'il est considérable, il est infailliblement mortel; si l'épanchement se fait successivement, d'abord d'un côté, puis dans l'autre, la résorption peut encore avoir lieu; mais le plus ordinairement il passe à l'état chronique et conduit petit à petit son individu vers la porte de l'éternité, en produisant la détérioration progressive de toutes les fonctions vitales. M. *Andral* (Clinique médicale, t. II, obs. 19^e.) rapporte le cas d'une pleurésie double sans épanchement, qui enleva son particulier au bout de quelques jours, avant qu'on eût pu bien établir le diagnostic.

Pleurésies partielles. On comprend sous ce nom celles dont la plèvre présente une inflammation circonscrite. Souvent cette phlegmasie reste bornée, à cause de certaines adhérences anciennes qui posent des limites à son extension. Ces adhérences peuvent être regardées comme un obstacle puissant qui s'oppose à la formation d'une nouvelle phlegmasie de cette portion de la plèvre où elles ont pris naissance; quelquefois elle reste bornée, bien que rien ne l'empêche de faire des progrès. Du reste, elle se présente comme la pleurésie générale avec ou sans épanchement. La première est grave; la deuxième est exempte de danger. Elle est fréquente; souvent elle ne donne lieu à aucun mouvement fébrile, ne trouble en aucune manière l'ensemble des fonctions, et ne s'annonce que par une douleur plus ou moins vive en un point limité du thorax. Cette douleur est tantôt passagère, tantôt persistante pendant plusieurs jours: de là survient une légère exsudation albumineuse, qui finit par se transformer en un tissu lamineux; les adhérences de la plèvre costale et pulmonaire en sont les conséquences: elles s'observent assez souvent chez des individus qui, pendant la vie, n'ont offert aucune maladie grave de la poitrine. M. *Andral* a observé cette adhérence chez un individu dont les poumons ne contenaient qu'un tubercule, situé presque immédiatement sous la plèvre, à la base du lobe supérieur du poumon

droit ; toutes les autres parties de la plèvre étaient entièrement libres d'adhérences. Quoiqu'elle puisse exister seule , elle est presque toujours accompagnée d'une affection du poumon ; elle se répète un grand nombre de fois dans le cours de la phthisie. Ses symptômes varient selon la région de la plèvre dans laquelle elle s'établit. La différence de son siège lui a mérité diverses dénominations : par exemple , celle de *costo-pulmonaire*, *diaphragmatique* , *médiastine* et *interlobaire*, selon qu'elle est circonscrite entre les côtes et le poumon , entre le diaphragme et le poumon , entre la plèvre et le médiastin et entre les lobes. On n'admet plus actuellement la pleurésie costale et pulmonaire , que l'anatomie pathologique a fait rayer de la classification nosologique.

Pleurésie costo-pulmonaire. Elle s'annonce par une douleur vive , superficielle , que la pression exaspère facilement ; le coucher sur le côté affecté est impossible ; les côtes sont frappés d'immobilité , et la respiration n'a lieu que par le diaphragme. La percussion et l'auscultation donnent leurs signes particuliers et caractéristiques.

Pleurésie diaphragmatique. C'est la paraphrénésie de quelques médecins. Elle se reconnaît à une douleur plus ou moins vive le long du rebord cartilagineux des fausses côtes , qui s'étend dans les hypochondres et quelquefois jusque dans le flanc (cette douleur augmente par la pression , la percussion et dans tous les efforts respiratoires) ; à une anxiété remarquable , exprimée surtout par l'altération subite des traits de la face ; à l'immobilité complète du diaphragme , et à une grande gêne de la respiration , qui ne se produit que par le mouvement d'élévation et d'abaissement des côtes , et qui oblige le plus souvent le malade à se tenir assis. L'orthopnée est un des symptômes les plus caractéristiques. Le hoquet , résultat de l'irritation du diaphragme , les nausées , les vomissemens , les régurgitations de gaz et de liquides , sont des symptômes peu constans , ainsi que les mouvemens convulsifs et le délire ; il en est de même du rire sardonique ,

noté par *Boërhaave*, *Van-Swiéten*, etc., et qui a passé pour un signe pathognomonique. Dans cette phlegmasie, l'ictère peut survenir et faire croire à une hépatite.

Pleurésie médiastine. Cette phlegmasie de la plèvre est fort rare; elle peut être très-circonsrite. On lui a assigné, comme signe propre à établir son diagnostic, une douleur profonde derrière le sternum, augmentant dans la respiration. On ne peut guère que la soupçonner pendant la vie; l'ouverture des cadavres fait reconnaître son existence.

Pleurésie interlobaire. Elle a été ainsi nommée, parce qu'elle occupe la portion de la plèvre qui pénètre entre les lobes des poumons. L'autopsie a fait reconnaître des collections purulentes établies dans le creux des scissures du poumon. Elles peuvent faire croire à une dégénérescence du tissu pulmonaire; mais, en les examinant avec soin, on remarque qu'elles sont renfermées comme dans une poche formée par l'agglutination des bords de la scissure. Ces collections varient de volume.

Il est encore une autre variété de pleurésie, décrite par M. *Laennec*: c'est la *pleurésie hémorrhagique aiguë*. Elle donne lieu à un épanchement de sang ou de sérosité sanguinolente dans la plèvre. Cette pleurésie est assez rare, et, il faut l'avouer, il n'est aucun symptôme particulier qui puisse la faire reconnaître. M. *Laennec* n'en donne aucun qui puisse fixer spécialement l'attention du médecin. Il admet bien une rapidité très-grande dans la formation de l'épanchement, et M. *Broussais* des douleurs plus intenses; mais ces signes ont une faible valeur, vu qu'ils se rencontrent assez souvent dans les autres phlogoses de la plèvre. M. *Laennec* croyait que c'était exclusivement dans cette variété de pleurésie que se formaient les fausses membranes fibro-cartilagineuses; mais c'est à tort, car l'ouverture des corps fait rencontrer quelquefois des fausses membranes de cette espèce coïncidant avec un liquide purement séreux. La chimie d'ail-

leurs a découvert de la fibrine dans les fausses membranes ordinaires, où l'on ne reconnaissait que de l'albumine.

On avait distingué enfin la pleurésie en *vraie* et en *fausse*. La science actuelle rejette cette distinction, et avec raison, car il y a pleurésie ou il n'y a pas pleurésie; elle ne peut exister et ne pas exister en même temps.

La pleurésie *sèche* est celle qui dans son cours ne produit pas d'épanchement. Ses symptômes sont ceux de la pleurésie ordinaire; mais chez elle, la percussion donne un son clair, l'égophonie n'existe pas, et l'auscultation fait remarquer seulement une diminution dans le bruit de la respiration. Ces caractères sont-ils ceux de la pleurésie sans épanchement? L'expérience répondant par l'affirmative, je ne fais pas difficulté de donner à cette pleurésie la dénomination de *pleurésie sèche*. Mon opinion, en pareille matière, trouve un appui dans l'autorité de M. *Andral*. Sa clinique médicale en fournit trois observations; et, parce que les individus qui les présentèrent obtinrent une guérison parfaite, un pathologiste fameux récuse l'existence de cette pleurésie; un autre pathologiste moderne, et célèbre aussi, continue à vouloir nager entre deux eaux, en restant partagé entre l'opinion de M. *Laennec* et celle de M. *Andral*. La pleurésie latente n'a pas de renégat; l'autopsie seule dénote son existence; si elle reste ignorée, c'est que l'œil observateur du médecin n'a pu la reconnaître. Ce cas arrive de temps en temps, surtout dans les complications que peut recevoir la pleurésie. Elle reste telle dans quelques pleurésies partielles très-peu étendues, dans celles qui surviennent dans l'agonie des maladies, soit aiguës, soit chroniques, et particulièrement de la phthisie pulmonaire et des fièvres continues graves, et dans la pleuro-pneumonie avec prédominance de la pneumonie.

Complications.

Il est peu de maladies aiguës ou chroniques qui ne puissent compliquer la pleurésie, exercer sur elle ou en recevoir une influence

remarquable. Les plus communes sont celles qui ont leur siège dans le thorax, la pneumonie, la péricardite, la phthisie pulmonaire. La simultanéité de la phlogose du tissu pulmonaire et de la plèvre est si commune, qu'on pourrait regarder comme un cas exceptionnel celle qui se rencontre isolément. Néanmoins, à l'ouverture des cadavres, on trouve des indices évidens de pleurésie sans pneumonie; mais on rencontre moins souvent la pneumonie sans pleurésie dans la partie correspondante. Cette phlegmasie a-t-elle lieu simultanément, ou succède-t-elle l'une à l'autre? *Sub judice lis est*. Sa complication avec la phthisie pulmonaire offre des remarques intéressantes. Le voisinage des tubercules concourt à sa production; elle est plus grave que la pleurésie simple. Elle accélère la marche des tubercules, ou elle reçoit de ceux-ci, ou plutôt de la diathèse tuberculeuse, une disposition à produire dans ses fausses membranes des concrétions tuberculeuses qu'on ne rencontre jamais chez ceux qui ne sont pas phthisiques. Les adhérences qu'elle contracte s'opposent à la naissance d'autres pleurésies plus graves. Les tubercules ramollis tendent à se faire jour où la résistance est moindre. Ceux qui sont situés profondément s'ouvrent dans les bronches; ceux qui sont superficiels s'ouvrent tantôt dans les bronches, tantôt dans la cavité des plèvres. Si cette membrane a formé des adhérences, la perforation ne donne lieu à aucun accident subit; mais si elle n'en a pas formé, le pus fuse dans la poitrine et la mort arrive au galop.

Durée.

La durée de la pleurésie varie, selon qu'elle existe sans épanchement, avec un épanchement médiocre ou abondant. Dans le premier cas, elle peut ne durer que six, huit jours; dans le second cas, si la résolution du liquide a lieu, elle ne persiste ordinairement que deux ou trois septénaires, quand l'épanchement est médiocre; et quand il est abondant, il peut se résoudre aussi dans le même espace de temps; mais il est ordinaire de le voir se prolonger et rester comme station-

naire dans un état qui tient le milieu entre la durée de la pleurésie aiguë et celle de la pleurésie chronique. La durée de cette dernière peut exister pendant des mois et même des années. Il ne faut pas omettre que le siège de la pleurésie a une influence marquée sur sa durée, ainsi que l'état valétudinaire de l'individu.

Terminaison.

La pleurésie a, comme toutes les maladies, deux terminaisons, l'une favorable, l'autre défavorable. La terminaison favorable est celle qui s'annonce par la disparition graduée des symptômes qui l'ont caractérisée. Elle est plus rapide quand il ne s'est pas formé d'épanchement; mais quand il ne s'en est pas fait, elle peut encore être prompte, même quand il a été considérable; mais ce n'est pas le cas le plus ordinaire. Si le poumon alors ne peut plus se dilater assez pour se mettre en contact avec les côtes, celles-ci s'affaissent, et un rétrécissement plus ou moins notable de la poitrine s'opère. Il reste quelquefois un peu de gêne dans la respiration, de la douleur, notamment dans les grands efforts respiratoires. Doit-on attribuer ces derniers phénomènes aux adhérences qui s'établissent entre les surfaces contiguës de la plèvre? On pourrait aussi bien les attribuer à une altération du parenchyme pulmonaire, qui, par la compression plus ou moins grande qu'il a éprouvée, le rend moins apte à remplir ses fonctions. Quelquefois aussi une terminaison heureuse a lieu après que l'épanchement s'est frayé une issue au dehors à travers les bronches ou les parois thoraciques. J'ai observé un cas de ce genre dans la pratique de mon père. A cet effet, voir M. *Andral*, Clinique méd., t. II, obs. xxx, xvii.

La terminaison défavorable a pour habitude de faire aller au sombre empire; elle s'observe quelquefois dans la pleurésie sèche: c'est lorsque celle-ci a envahi en même temps toute l'étendue des plèvres. Mais, dans la majorité des cas, elle a lieu par suite d'épanchement dans la cavité des plèvres. Les phénomènes généraux qui l'accompagnent

semblent quelquefois marcher vers la guérison : ainsi, l'on observe moins de difficulté dans la respiration, moins de fréquence dans la fièvre ; la toux est devenue plus rare, et le point pleurétique est plus supportable ; c'est alors que la maladie passe à l'état chronique. Dans ce cas, elle peut encore se terminer heureusement, mais il est très-rare qu'il en soit ainsi. La douleur s'exaspère, la respiration devient plus laborieuse, la fièvre augmente et la mort vient surprendre son individu au milieu du dépérissement et du marasme, état qui a lieu par l'insuffisance d'hématose.

Enfin elle est due quelquefois à la communication qui s'établit spontanément entre la cavité de la plèvre et l'extérieur, soit à travers ses parois thoraciques, soit à travers les bronches. Elle peut survenir aussi par l'influence délétère d'une autre maladie, qui est venue compliquer la pleurésie.

La terminaison, dans la pleurésie la plus légère comme dans la plus grave, peut présenter des phénomènes critiques. Ceux qu'il est d'habitude d'observer sont les urines sédimenteuses, des sueurs abondantes, certains exanthèmes, comme l'éruption de croûtes sur les lèvres, de vésicules miliaires sur toute la surface du corps, des phlegmons dans le tissu vésiculaire, et certaines hémorrhagies. Une observation de ce genre m'a été offerte dernièrement.

Mademoiselle A. T., âgée de dix-sept ans, couturière de profession, d'une constitution médiocrement forte, pas encore réglée, sujette depuis six mois à des palpitations avec dyspnée pendant la marche et surtout en montant, fut prise, un certain jour, dans la matinée, d'un froid aux pieds ; frissonnement général, et immédiatement il survint une douleur assez vive du côté droit de la poitrine. A dater de ce moment, impossibilité de se coucher de ce côté, perte d'appétit, pas de vomissemens ni de diarrhée ; sommeil troublé par des rêves.

Lorsque je la vis pour la première fois, deuxième jour après l'invasion de la maladie, elle présenta l'état suivant ; persistance de la

douleur de côté à peu près au même degré ; peu de gêne de la respiration ; son fort obscur dans le tiers inférieur de la poitrine du côté droit ; bruit respiratoire faible et éloigné de ce côté ; peu de retentissement de la voix ; respiration forte du côté opposé ; pouls assez large et offrant 100 pulsations par minute ; toux sèche ; chaleur ordinaire de la peau ; sueurs pendant la nuit précédente ; figure animée ; langue blanche à la base , rouge à la pointe ; soif assez ardente ; urines rares , nulles depuis long-temps ; selles dures et nulles depuis plusieurs jours.

Traitement. Saignée , diète , boissons nitrées , potions gommeuses , lavemens légèrement laxatifs. Sous l'influence de cette médication , nous vîmes survenir quelque changement. L'urine reprit son cours ; la douleur pleurétique diminua , la percussion donna un son moins obscur , mais la respiration ne se faisait guère mieux entendre. La marche vers la guérison était assez lente , lorsque , le huitième jour de la maladie cette jeune personne fut réglée pour la première fois. L'écoulement menstruel fut ordinaire et dura trois jours. Cette métrorrhagie , que je me plais à regarder comme manifestement critique , procura un amendement notable , et quatre à cinq jours après , cette jeune demoiselle se trouva assez forte pour reprendre les occupations de son sexe.

Diagnostic.

Le diagnostic de la pleurésie , tel que nous le possédons aujourd'hui , a été long-temps fort difficile. Bien des siècles se sont écoulés avant qu'on pût l'établir ; aussi a-t-il été l'objet de longues et d'interminables discussions : la vérité , dans ce cas , semblait si facile à trouver ! Dans le siècle dernier , *Stoll* employait tous les moyens possibles afin de l'établir , et , pour arriver à ce but , il mettait en quelque sorte ses malades à la torture. Les signes au moyen desquels on l'établissait sont aujourd'hui presque sans valeur. Ceux que fournit la belle et immortelle découverte de la méthode de *Laennec* , l'auscul-

tation, méritent plus de confiance. Leur importance est telle, que très-souvent, sans leur secours, il y aurait doute et même erreur dans le diagnostic ; cependant il est encore un certain nombre de cas dans lesquels il reste très-obscur ; par exemple, dans les pleurésies partielles, que l'on désigne sous les noms de *médiastine*, *interlobaire*, et qui ne sont souvent reconnues qu'après la mort. La pleurésie générale, qui, dans son cours, n'est accompagnée d'aucun épanchement notable, peut être confondue avec la pleurodynie accompagnée de fièvre ; car, dans celle-ci, la douleur est exaspérée par la toux, par l'inspiration, par le décubitus sur le côté affecté, et jointe à une gêne plus ou moins grande de la respiration, comme dans la pleurésie. Certaines pleurésies peuvent encore être méconnues dans la dernière période des maladies aiguës ou chroniques. Elles pourraient recevoir la dénomination de *pleurésies des agonisants*. Dans cette circonstance, il vaut mieux laisser trépasser le gisant que de le tourmenter par une exploration inutile. Il n'est pas hors de propos de rappeler que, dans quelques cas, la pleurésie n'est accompagnée ni de douleur, ni de gêne bien prononcée dans la respiration, circonstance exceptionnelle qui met le médecin dans une fausse sécurité.

Prognostic.

Le pronostic de la pleurésie varie selon son intensité, son étendue, et les circonstances concomitantes. Cette maladie, dans la grande majorité des cas, a une issue favorable ; mais dans quelques-uns elle est inguérissable, quels que soient les moyens que l'on emploie. La pleurésie sans épanchement offre peu de danger. Il en est de même de la pleurésie sèche : bornée à une petite étendue, elle produit peu de gêne dans la respiration, et ne développe aucun trouble sympathique ; mais quand elle occupe les deux plèvres à la fois, elle peut déterminer promptement la mort avant qu'un épanchement ait lieu. Quand il y a épanchement, le pronostic acquiert une gravité qui est en rapport direct avec la quantité de cet épanchement ; il peut être mé-

diocre , abondant , ou très-considérable. Celui qui est formé de sang ou de pus est plus dangereux que celui qui n'est formé que par de la sérosité. Souvent , en raison de la disposition des individus , un épanchement médiocre cause la mort , tandis que d'autres obtiennent la résorption d'une collection de liquide plus considérable. Le siège de la pleurésie a aussi une influence marquée sur le caractère du pronostic. Ainsi , la pleurésie diaphragmatique est en général accompagnée de symptômes plus dangereux que ceux d'une pleurésie ordinaire qui occuperait d'autres parties de la plèvre dans une étendue plus grande. Le temps depuis lequel dure la pleurésie , et les causes qui l'ont déterminée , doivent être pris en considération. Tant que la respiration reste gênée , et qu'il y a persistance de la fièvre , il ne faut pas trop compter sur la guérison. Il y a à craindre la tuberculisation pulmonaire quand , malgré le peu d'étendue de l'épanchement , le malade s'affaiblit , se noie dans ses sueurs , et tombe dans un dépérissement manifeste. Les maladies qui la compliquent ou qui en sont la suite donnent aussi au pronostic un caractère plus sérieux.

Nécropsie.

L'ouverture des corps de ceux qui ont succombé à l'inflammation de la plèvre fait rencontrer diverses altérations relatives au genre de terminaison. Dans le plus grand nombre des cas , la plèvre , rouge ou blanche , opaque ou transparente , n'augmente pas d'épaisseur. Quelquefois elle se détache de la surface pulmonaire avec plus de facilité que dans l'état sain , comme si le tissu cellulaire qui l'unit aux poumons avait participé à l'inflammation.

Les sécrétions offertes par la plèvre enflammée sont nombreuses et variées. La quantité de liquide exhalé varie depuis quelques cuillerées jusqu'à quelques pintes. Lorsque l'épanchement est considérable , le poumon éprouve une diminution de volume remarquable ; le diaphragme est repoussé en bas , ce qui force , dans quelques circonstances , le foie et la rate à faire saillie ; les côtes sont écartées , et les es-

paces intercostaux bombent fortement en dehors ; enfin , dans quelques cas où le côté gauche de la poitrine est le siège de l'épanchement , le cœur est porté à droite , et sa pointe touche le sternum.

Le liquide exhalé varie aussi de couleur ; il est incolore ou légèrement jaunâtre , limpide ou transparent ; des flocons albumineux en troublent souvent la transparence. Il peut offrir aussi une couleur verte , jaunâtre , et être très-épais et comme bourbeux. Il se présente souvent sous la forme d'un pus semblable à celui d'un abcès. Dans quelques circonstances particulières , il ressemble à de la gelée de viande ou à du miel ; quelquefois il est remplacé par du sang pur , ou par une certaine quantité de sang jointe à une grande quantité de sérosité.

Ces liquides sont toujours inodores , à moins qu'une solution de continuité des parois thoraciques ou une fistule pulmonaire n'aient fait communiquer la plèvre avec l'air extérieur.

L'ulcération des tubercules détermine presque toujours la formation d'un liquide mêlé de gaz. Des gaz seuls peuvent quelquefois être le produit d'une exhalation de la membrane séreuse. On constate leur présence par un sifflement remarquable qui a lieu au moment où l'on incise les côtes.

Dans la quantité du liquide exhalé , une certaine portion tend naturellement à passer à l'état solide , en se transformant en fausses membranes. Celles-ci varient sous le rapport de l'organisation , de la forme , de la couleur , de l'épaisseur et de la consistance.

L'organisation des pseudo-membranes ne dépend pas toujours du temps qui s'est écoulé depuis que le liquide est épanché , car on a rencontré des fausses membranes déjà vasculaires chez des individus qui avaient succombé en peu de temps. Chez d'autres , au contraire , on n'en a trouvé aucun vestige , quoique la mort ait eu lieu plusieurs mois après l'invasion de la maladie. Il faut encore ici admettre des dispositions individuelles.

Leur forme a souvent l'apparence de granulations miliaires , isolées les unes des autres , qui coexistent fréquemment avec un épanche-

ment de sérosité limpide ; d'autres fois elle a celle de larges plaques concrétées. Leur surface, plus ou moins bien organisée, est tantôt lisse et polie, tantôt rugueuse, inégale, mamelonnée, et enfin traversée par des filamens dont la disposition présente l'aspect aréolaire. Dans un grand nombre de cas, au lieu de plaques, ce sont des brides de grandeur et de densité variables, qui s'étendent d'une des surfaces de la plèvre à l'autre, et constituent des adhérences. Ces concrétions sont molles, facilement déchirables, tant qu'elles sont récentes ; mais tôt ou tard elles se transforment en un véritable tissu cellulaire, qui établit une union intime entre les deux surfaces de la plèvre.

Le plus ordinairement elles sont incolores ; quand elles sont jaunes, grises ou rouges, elles doivent cette couleur au liquide avec lequel elles sont en contact.

Leur épaisseur parfois ne diffère en rien de celle de la plèvre elle-même ; mais, dans le plus grand nombre des cas, elle est beaucoup plus considérable. Cette épaisseur paraît d'autant plus grande qu'il y a de pseudo-membranes superposées les unes aux autres. C'est alors qu'elles acquièrent une solidité telle, qu'elles doublent les parois thoraciques, et pourraient peut-être y suppléer dans le cas de violences extérieures. Quand elles sont appliquées sur les poumons, elles forment une barrière qui empêche le poumon de reprendre son état normal.

Les fausses membranes ne restent pas toujours telles ; elles deviennent quelquefois fibreuses, cartilagineuses, et même osseuses. Mais, de ces tissus accidentels, les tubercules sont ceux qui s'y développent le plus communément ; ils prennent naissance au milieu même de leur organisation : une pleurésie de la durée de quinze jours a suffi pour en déterminer l'existence (1).

(1) Mémoire sur le développement rapide des tissus accidentels. Archives générales de médecine, tome XIX, page 205.

TRAITEMENT.

La pleurésie étant reconnue de nature inflammatoire, les antiphlogistiques sont évidemment les remèdes par excellence. Ainsi, dès le début de la maladie, on a recours aux émissions sanguines. La saignée générale doit d'abord être pratiquée; on la répète plusieurs fois, jusqu'à disparition ou au moins diminution des symptômes, à moins que l'état des forces de l'individu ne permette pas d'insister sur ce moyen. Le bras est son lieu d'élection; mais si le sujet à qui l'on a des soins à donner est une femme, et que l'époque des règles soit proche, dans ce cas, on doit préférer la saignée du pied. Si la douleur de côté et la fièvre ne cèdent pas à une ou plusieurs saignées générales, il faut avoir recours aux saignées locales. On couvre l'endroit douloureux d'un bon nombre de sangsues, et l'on entretient l'écoulement pendant un certain nombre d'heures. Si la persistance ou la réapparition de la douleur oblige de revenir à cette évacuation locale, on peut faire usage des ventouses, que l'on applique sur la piqûre des sangsues. Ce moyen, dans quelques circonstances, doit être préféré, lorsque l'on a à craindre que les piqûres de sangsues n'arrivent à l'état suppuratif, ce qui s'observe de temps en temps chez les individus d'une constitution lymphatique. Ce moyen est aussi plus expéditif, surtout si l'on se sert du scarificateur mécanique, et donne en quelque sorte la mesure de la quantité de sang retiré, tandis que les sangsues tirent le sang d'une manière inégale, et font éprouver plus de longueur et de douleur dans leur action.

Doit-on mettre en pratique une assertion de quelques médecins, qui ont avancé qu'on ne devait plus saigner le cinquième ou le septième jour après l'invasion de la maladie? Il est évident qu'en agissant

ainsi c'est s'opposer ouvertement aux vœux de la nature, qui réclame la guérison ; car il peut arriver à cette époque que l'individu pleurétique n'ait encore éprouvé aucune émission sanguine , dont la nécessité est apparente , ou qu'ayant déjà été saigné , il soit encore urgent de pratiquer la phlébotomie. C'est d'après l'état des forces , et non d'après le jour de la maladie , qu'il faut juger de la convenance de cette médication.

Lorsqu'un épanchement existe , il faut encore avoir recours à la saignée , dans le double but de s'opposer aux progrès ultérieurs du mouvement phlogistique , et de diminuer la quantité du sang , qui , dans un temps donné , doit traverser le poumon comprimé. On doit encore y revenir si , après que l'inflammation a passé à l'état chronique , elle vient à s'exaspérer de nouveau.

En même temps que l'on emploie ces moyens d'urgence , l'on a soin de maintenir continuellement sur le côté affecté de larges cataplasmes émolliens. On recommande au malade de ne point parler , de résister le plus possible au besoin de tousser , de garder le lit , la poitrine élevée au moyen d'un ou de plusieurs oreillers. *Sydenham* recommande de faire lever le malade lorsque cela est possible , et même de lui faire passer chaque jour quelques heures hors du lit. Ce moyen peut contribuer puissamment à abattre l'orgasme inflammatoire.

On prescrit pour boisson l'infusion de fleurs de violette , de mauve ou de bouillon blanc , une décoction légère de dattes , de jujube ou d'orge , l'eau gommée , ou quelque autre boisson analogue , édulcorée avec le miel ou un sirop agréable. La température de la chambre doit être douce , et le malade assez couvert pour n'être pas exposé à l'impression du froid.

Si , dans le commencement de la maladie , la douleur prédomine sur les autres symptômes , il est utile de recourir , après une ou deux saignées , à l'usage de l'opium , afin de combattre un phénomène qui fatigue beaucoup le malade , et qui augmente l'intensité de l'inflammation.

Lorsque la pleurésie offre une décroissance marquée, tout remède énergique devient superflu ; il faut se contenter, pour la conduire à une fin heureuse, de simples moyens hygiéniques, et ne pas en troubler la marche.

Quand la maladie, au contraire, s'aggrave de jour en jour, et réduit son pleurétisé à une faiblesse grande, malgré les moyens antiphlogistiques employés, il faut diriger les attaques spécialement sur le produit de l'inflammation, l'épanchement. Le moyen le plus propre à en favoriser la résorption est le vésicatoire. On ne doit guère y avoir recours tant que la fièvre est intense ; mais une fois qu'elle se modère, et qu'on n'observe pas de signes de forte réaction, on en applique un large sur le côté douloureux. Sa largeur doit être proportionnée à l'étendue de l'épanchement. Quelquefois, chez les sujets irritables, il rappelle la fièvre ; alors il faut en diminuer la surface, sans le sécher entièrement. Le vésicatoire sera volant ou à demeure, selon son effet prompt et tardif. Si ce moyen curatif ne produit pas l'effet qu'on en espérait, il faut tenter un moyen plus douloureux, l'application d'un ou plusieurs cautères ou moxas, et surtout l'établissement d'un séton sur la poitrine. Dans quelques cas, on a combiné avec avantage ces deux moyens de dérivation ; on a appliqué à deux ou trois pouces de distance deux cautères ou deux moxas, et l'on a établi un séton en traversant les deux escharres.

On a recours en même temps aux évacuans, aux purgatifs doux de deux en deux jours. Les diurétiques ne doivent pas être rejetés. On a recours au nitrate de potasse, à l'acétate de potasse, au bi-carbonate de soude, à la poudre de scille, à l'oxymel scillitique, à l'infusion de digitale pourprée, etc., etc. On peut encore faire usage des frictions mercurielles et du tartrate antimonié de potasse, dont l'effet favorable a besoin d'un grand nombre d'observations pour être bien constaté.

Le traitement de la pleurésie doit encore varier suivant qu'elle reconnaît pour cause occasionnelle la répercussion d'un exanthème, la

suppression des règles , des hémorroïdes , d'une hémorrhagie habituelle , selon qu'elle est compliquée d'embarras gastrique , de fièvre intermittente , etc., etc.

Lorsqu'on a essayé inutilement les diverses méthodes curatives propres à favoriser la résorption du liquide épanché , et que la difficulté de la respiration devient croissante , que les jours du malade sont compromis , il faut tenter l'opération de l'empyème plutôt que de le laisser périr de suffocation.

Le régime doit être scrupuleusement réglé. Lorsque la maladie tend à passer à l'état chronique , l'abstinence absolue devient nuisible , ainsi qu'une nourriture abondante , qui augmente la fièvre , accroit ou tout au moins prolonge le mal. On prescrit d'abord quelques bouillons , et plus tard un peu de fécule , du lait et quelques fruits légers. Un exercice doux est favorable à l'entretien comme au rétablissement de la santé ; on doit le permettre quand il n'augmente pas l'oppression.

FIN.

ἹΠΠΟΚΡΑΤΟΥΣ ἈΦΟΡΙΣΜΟΙ.

Α'.

Οἱ ὀξυρεγμιώδεις οὐ πάνυ τι πλευριτικοὶ γίνονται. *Sect. 6, aph. 33.*

Β'.

Τοῦ δὲ χειμῶνος, πλευρίτιδες, πηριπνευμονίαι, λήθαργοι, κόρυζαι, βράγχοι, βήχες, πόνοι τηθέων, καὶ πλευρέον, καὶ ὀσφύος, καὶ κεφαλαλγίαι, ἰληγοι, ἀποπληξίαι. *Sect. 3, aph. 23.*

Γ'.

Οἷοι πλευριτικοὶ γενόμενοι οὐκ ἀνακαθαρονται ἐν τεσσαρεσκαίδεκα, ἡμέρησι, τουτέοισιν ἐς ἐμπύημα μεθίσταται. *Sect. 5, aph. 8.*

Δ'.

Ἐπὶ πλευρίτιδι περιπνευμονίη, κακόν. *Sect. 7, aph. 11.*

Ε'.

Ὑπὸ πλευρίτιδος, ἢ ὑπὸ περιπνευμονίης ἐχομένην διάρρροια ἐπιγενομένη, κακόν. *Sect. 6, aph. 16.*

UNIVERSITY OF CALIFORNIA

THE UNIVERSITY OF CALIFORNIA LIBRARY

1901-1902

LIBRARY OF THE UNIVERSITY OF CALIFORNIA

LIBRARY OF THE UNIVERSITY OF CALIFORNIA

LIBRARY OF THE UNIVERSITY OF CALIFORNIA

LIBRARY OF THE UNIVERSITY OF CALIFORNIA

LIBRARY OF THE UNIVERSITY OF CALIFORNIA

Δ

LIBRARY OF THE UNIVERSITY OF CALIFORNIA

LIBRARY OF THE UNIVERSITY OF CALIFORNIA

LIBRARY OF THE UNIVERSITY OF CALIFORNIA